

ISSN 3027-8082 (Print)
ISSN 3027-8104 (Online)



วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปีที่ 12 ฉบับที่ 4 ต.ค. - ธ.ค. 2567 • Vol.12 No.4 October - December 2024

Community Health Development Quarterly
Khon Kaen University

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

123 หมู่ 16 ถ.มิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40002
โทรศัพท์ 043-363588, 0862270390

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

CHD@KKU
Community Health Development Academy
“Broad in content, Depth in context”

<https://chdkkujournal.com>

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly

Khon Kaen University

ปีที่ 12 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2567

ชื่อหนังสือ	วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
เจ้าของ	สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พิมพ์ที่	บริษัท จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด (สำนักงานใหญ่)
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2567
ISSN	3027-8082 (Print)
ISSN	3027-8104 (Online)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนทั้งในและต่างประเทศ
3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและองค์ความรู้ด้านการวิจัย

กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 4 ฉบับ (ม.ค.-มี.ค., เม.ย.-มิ.ย., ก.ค.-ก.ย. และ ต.ค.-ธ.ค.)

ฝ่ายจัดการ

ดร. บังอรศรี จินดาวงค์

ดร. นิธิฐพนธ์ สีอุบลัด

นางสาวกรรณิการ์ สุขสนิท

แบบปก: เดชา ปาลมงคล

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น 123 หมู่ 16 ถ.มิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 043-363588, 0862270390

E-mail: chdkku2560@gmail.com

Website: <https://chdkkujournal.com> หรือ <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal>

<https://www.Facebook.com/วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน-มขอนแก่น>

หมายเหตุ

- 1) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร จะต้องผ่านการตรวจสอบความซ้ำซ้อน โดยมีค่าความซ้ำซ้อนรวมไม่เกินร้อยละ 20 และค่าความซ้ำซ้อนเฉพาะบทความไม่เกินร้อยละ 3
- 2) บทความที่ผ่านการตรวจความซ้ำซ้อน จะได้รับการประเมินคุณภาพบทความ จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewers) ภายนอกหน่วยงานของผู้พิมพ์ จำนวน 3 ท่าน แบบ double-blinded โดยไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้พิมพ์
- 3) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร ไม่มีค่า processing fee แต่จะต้องชำระค่า page charge บทความละ 3,000 บาท
- 4) เนื้อหาในบทความที่ตีพิมพ์เป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการวารสาร ไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอก เพื่อการพัฒนาด้านวิชาการ แต่ต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

หัวหน้าสาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

บรรณาธิการ

รศ.ดร. มานพ คณะใด

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.พญ. วริสรา ลุวีระ

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำปี พ.ศ. 2567

ดร. กานต์พิชญา เนตรพิสิษฐ์กุล

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

ดร. กิตติมา อินศิริ

ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ จังหวัดยะลา

ดร. เกศรา แสนศิริทวีสุข

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

ดร. กาญจนา นิยมสุนทร

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก

ดร. กุสุมา สว่างพันธุ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

ผศ.พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลาพันธ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ดร. ชนิษฐา ทุมมา

คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน
วิทยาเขตสกลนคร

ดร. ชนิษฐา สุนาคราช

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมานครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

ดร. จริยา อินทวัศมี

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ดร. จีรติปต์ ใจดี

คลินิกทันตแพทย์จีรติปต์ ใจดี จังหวัดปทุมธานี

ดร. จักรสันต์ เลยหยุด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ดร. ณัฐกฤตา พุ่มวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ.ดร. ณัฏฐ วรโธสง	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
ดร. ดวงใจ วิชัย	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินัฐดา พิมพ์พวง	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
ดร. ธิโสภิญ ทองไทย	ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ผศ.ดร. นฤกร อิตุพร	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
ดร. นวลฉวี เพิ่มทองชูชัย	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
ดร. นรายุทธ บุญญานนุตร	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา
ผศ.ดร. นฤมล จันทร์มา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
ผศ.ดร. นันทวรรณ ทิพยเนตร	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.ดร. นุชรรัตน์ มังคละศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม
ดร. ประพนธ์ บุญมี	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี
ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
ผศ.ดร. พลากร สืบสำราญ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
รศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. ภัชชนก รัตนกรปรีดา	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ดร. รชยา ยิกุสังข์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ผศ.ดร. ราณี วงศ์คงเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสิยา วงศ์อุปปา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. วรุณี ชมพูนาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร. วรรณวิมล เมฆวิมล	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผศ.ดร. วรรณภา ภาจำปา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ดร. วรพล หนูนุ่น

ผศ.ดร. วรวัชร ขจรรัตนวณิชย์

ดร. วาสนี วงศ์อินทร์

ดร. ศิราณี ศรีหามาศ

ดร. ศิริลักษณ์ ใจช่วง

ดร. สมเด็จพระ กั้วพิทักษ์

ดร. สดุดี ภูห่องไสย

ดร. สุกัญญา กาญจนบัตร

รศ.ดร. สุณีรัตน์ ยั่งยืน

ดร. สุทิน ชนະบุญ

ดร. สุภัทราภรณ์ ทองจิตร

ดร. เสาวลักษณ์ คัชมาตย์

ดร. อุทัยวรรณ นุกาศ

ดร. อุมาพร เคนศิลา

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

บทบรรณาธิการ

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับนี้เป็นปีที่ 12 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2567 กองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับระบาดวิทยา ชุมชน และสารเสพติด

สำหรับท่านที่สนใจติดตามสถานการณ์การพัฒนาดังความรู้ด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชนสามารถนำองค์ความรู้ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบท และสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ จะทำให้เกิดประโยชน์ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และท่านผู้อ่านสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ บทความต่าง ๆ ที่สะดวกรวดเร็ว สามารถนำไปอ้างอิง และพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ สามารถเข้าไปศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ <https://chdkkujournal.com> หรือ <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal> และ Facebook วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน-มขอนแก่น

สำหรับท่านผู้อ่านที่มีความประสงค์จะเผยแพร่บทความของท่าน ผ่านวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์วารสาร และหากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามมายังกองบรรณาธิการ ซึ่งได้จัดเจ้าหน้าที่ไว้อำนวยความสะดวกสำหรับทุกท่าน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อไป จะช่วยเสริมองค์ความรู้สู่ชุมชน และนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพ และสุขภาวะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ

เปรียบเทียบประสิทธิผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ระหว่าง Matrix Program กับ CBTx ในคลินิกยาเสพติดและสุขภาพจิต โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

มาลัย พรหมจันทร์*, ภัชชนก รัตนกรปรีดา**, วรพล หนูนนัน**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เพื่อศึกษาแบบแผนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด และเปรียบเทียบประสิทธิผลการบำบัดรักษาระหว่าง Matrix Program (MP) กับ Community Based Treatment (CBTx) ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่รักษาด้วย MP กับ CBTx เดือนธันวาคม 2565 – ธันวาคม 2566 จำนวน 125 คน เป็นกลุ่ม MP จำนวน 60 คน กลุ่ม CBTx จำนวน 65 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึก และระเบียบข้อมูลจากฐานข้อมูล (Query Database) วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน ได้แก่ Chi-square test หรือ Fisher exact test

ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลการบำบัดรักษา พบว่าระยะบำบัดรักษา ทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน และระยะติดตาม ในภาพรวมสามารถติดตามผู้ป่วยได้ จำนวน 118 คน ร้อยละ 94.4 ผลการติดตามที่ 2 สัปดาห์ - 3 เดือน กลุ่ม MP และกลุ่ม CBTx ไม่กลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ 46.7 และ 93.1 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่กลับไปเสพซ้ำ หลังการบำบัดที่ 2 สัปดาห์ - 3 เดือน ทั้งกลุ่ม MP และกลุ่ม CBTx ได้แก่ เพศ และการใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ และสุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ; การบำบัดยาเสพติดแบบจิตสังคม; การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน; ผู้ป่วยยาเสพติด

* โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

** คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

Corresponding Author: Patchanok Rattanakompreeda Email: patchanok.ra@skru.ac.th

Received 11/11/2024

Revised 02/12/2024

Accepted 23/12/2024

COMPARISON OF EFFECTIVENESS BETWEEN MATRIX PROGRAM AND COMMUNITY BASED TREATMENT OF DRUG-DEPENDENT PATIENT IN PSYCHIATRIC AND SUBSTANCE CLINIC, THUNG TAGO HOSPITAL, CHUMPHON

Malai Promjun, Patchanok Rattanakornpreeda**, Worapol Nunun***

ABSTRACT

This study is a retrospective study aimed at exploring the patterns of drug treatment and comparing the effectiveness of treatment between the Matrix Program (MP) and Community-Based Treatment (CBTx). The study population consisted of drug-dependent patients who received treatment with MP and CBTx from December 2022 to December 2023, with a total of 125 participants, divided into the MP group with 60 participants and the CBTx group with 65 participants. The tools used included recording forms and data records from the database (Query Database). Data analysis was performed using descriptive statistics and inferential statistics, including the Chi-square test or Fisher's exact test.

The comparison of treatment effectiveness showed that the duration of treatment between the two groups was different. The overall follow-up rate was 94.4%, with 118 patients successfully followed up. Results of the 2-weeks to 3-months follow-up showed that the proportion of patients who did not relapse in the MP group was 46.7%, and in the CBTx group was 93.1%, which was statistically significant at the 0.05 level. Factors associated with non-relapse during the 2-weeks to 3-months follow-up in both the MP and CBTx groups included gender and the use of substances such as tobacco and alcohol, which were statistically significant at the 0.05 level.

Keywords: Effectiveness; Matrix Program; Community Based Treatment; Drug-Dependent Patient

*Thung Tago Hospital, Chumphon Provincial

**Faculty of Science and Technology, Songkhla Rajabhat University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ยาเสพติดยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับโลก ดังรายงานสถานการณ์การใช้ยาเสพติดปี พ.ศ. 2563 พบว่า ประชากรอายุ 15-64 ปี จำนวน 284 ล้านคน เคยใช้ยาในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา อัตราความชุกร้อยละ 5.6 ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 26 จากปี พ.ศ. 2553 ผู้ใช้ยาเท่ากับ 226 ล้านคน อัตราความชุกร้อยละ 5.0¹

การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทย พบว่า 1) มติดัวยา ส่วนใหญ่เข้าบำบัดด้วยยาบ้า เฮโรอีน ฟีน และไอซ์ ร้อยละ 78.10, 5.52, 5.20 และ 4.60 ตามลำดับ 2) มติทางพฤติกรรม ช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา พบการซื้อขายยาเสพติดผ่านช่องทางออนไลน์ การลักลอบจำหน่ายกัญชาในรูปแบบสารสกัดที่ผิดกฎหมาย การใช้ยาเสพติดเกินขนาด จนเกิดอาการคลุ้มคลั่งและมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม 3) มติสถานที่แพร่ระบาด พบทั้งในสถานประกอบการประเภทที่พักอาศัยเชิงพาณิชย์ กิจการขนส่งสินค้า และสถานบันเทิง สถานการณ์ยาเสพติดหลังการปลดกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษ 5 ประเภท ทำให้มีการจำหน่ายกัญชาอย่างแพร่หลาย ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายขึ้น การใช้ยาเสพติดมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น² ด้านสถานการณ์การเข้ารับการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในภาพรวม จากจำนวนใบบส.ระหว่างปี พ.ศ.

2559- 2565 พบว่า จำนวนการเข้ารับการรักษาเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2561 – 2562 และมีแนวโน้มลดลงในช่วงปีถัดมา³ แต่ยังคงถือว่าการเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก

โรงพยาบาลทุ่งตะโก ขนาด 30 เตียง เป็นสถานพยาบาลยาเสพติด ประเภทสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ก) และเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ช่วงปี พ.ศ. 2566 - 2569⁴ จัดตั้งเป็นคลินิกเฉพาะทางเมื่อปี พ.ศ. 2565 เพื่อรองรับการรักษา ดูแลต่อเนื่อง และปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่ การเข้ารับบำบัดรักษาของผู้ป่วยยาเสพติด ปี พ.ศ. 2560 - 2566 จำนวน 58, 62, 45, 62, 27, 18 และ 192 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โรงพยาบาลดำเนินการจัดบริการทั้งรูปแบบ MP และ CBTx⁵ แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาเพื่อประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดทั้ง 2 รูปแบบดังกล่าว เพื่อค้นหารูปแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ จึงนำมาสู่การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระหว่าง MP กับ CBTx เพื่อพิจารณาทางเลือกในการบำบัดรักษาให้สอดคล้องกับพื้นที่ชุมชน ตลอดจนนโยบายการบำบัดรักษาของประเทศ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ตลอดจนครอบครัว และสังคมต่อไปตามลำดับ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาแบบแผนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการบำบัดรักษาระหว่าง MP กับ CBTx

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective Research)

2. ประชากรและกลุ่มศึกษา

ประชากร คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มาเข้ารับการรักษาด้วยรูปแบบ MP กับ CBTx เริ่มเข้ารับบำบัดรักษาเดือนธันวาคม 2565 – ธันวาคม 2566 จำนวน 125 คน⁵ แต่ละคนไม่ได้เริ่มต้นและสิ้นสุดพร้อมกันขึ้นอยู่กับระยะเวลาการบำบัดรักษา โดยกลุ่ม MP ใช้ระยะเวลาบำบัดรักษา 16 สัปดาห์ ด้วยการทำกลุ่มบำบัด การให้คำปรึกษารายบุคคลและครอบครัว โดยโรงพยาบาล⁶ กลุ่ม CBTx ระยะเวลาบำบัดรักษา 4 สัปดาห์ ด้วยการทำกลุ่มบำบัด และการให้คำปรึกษารายครอบครัว โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีตำรวจภูธร และภาคีเครือข่ายในชุมชน⁷ ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

2.1 เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 8) พุทธศักราช 2564⁸ ในช่วงเวลาที่กำหนด

2.2 เกณฑ์การคัดออก คือ เข้ารับการรักษาไม่ครบตาม Clinical Practice Guidelines ได้ประชากรกลุ่ม MP จำนวน 60 และ CBTx จำนวน 65 คน

3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกแบบแผนการบำบัดรักษา ปรับปรุงจากภัชชนก รัตนกรปรีดา (2559)⁹ และ ระเบียบข้อมูลโดยการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลมาเพื่อใช้งาน (Query Database)⁵ ประกอบด้วย 1) คุณลักษณะ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และการใช้สารเสพติด 2) การบำบัดรักษา ได้แก่ การเคยรับการรักษาโรคทางกาย และโรคทางจิตเวช และ 3) ประสิทธิภาพการบำบัดรักษา ระยะบำบัดรักษา และระยะติดตาม จำนวน 4 ครั้ง คือ การติดตามที่ 2 สัปดาห์ 1, 2 และ 3 เดือน ด้วยวิธีการเยี่ยมบ้าน หรือติดตามทางโทรศัพท์เก็บรวบรวมข้อมูลแบบแผนการบำบัดรักษาโดย 1) การวางแผนรวบรวมข้อมูลร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน 2) รวบรวมข้อมูลจากเอกสารควบคุมไปกับการสังเกต และการสัมภาษณ์ 3) ตรวจสอบ สรุปข้อมูล และข้อมูลคุณลักษณะ การบำบัดรักษา และประสิทธิผลการบำบัดรักษา คือ 1) สืบค้นผู้ป่วย 2) พิจารณาผู้ป่วยตามเกณฑ์ 3) จัดเก็บข้อมูลตามระเบียบข้อมูล 4) ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล 5) ประมวลผลและวิเคราะห์ และ 6) สรุปผลการศึกษา ทั้งนี้ ใช้รหัสแทนตัวผู้ป่วย

ยาเสพติด ไม่สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้ และ
นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

นำเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อสอบ
ทาน ข้อมูล (data double entry) ก่อน
วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1 ข้อมูลแบบแผนการ
บำบัดรักษา ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา
ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

4.2 ข้อมูลคุณลักษณะ การ
บำบัดรักษา และประสิทธิผลการบำบัดรักษา
ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ทดสอบความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละ
กลุ่ม ข้อมูลแบบตัวเลข เป็นข้อมูลแจกแจง
ไม่ปกติใช้ Mann-Whitney U test ส่วนข้อมูล
แบบกลุ่ม ใช้ Chi-square test หรือ Fisher
exact test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่
0.05

4.3 เปรียบเทียบประสิทธิผลการ
บำบัดรักษาระหว่าง MP กับ CBTx และ
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของคุณลักษณะและ
การบำบัดรักษากับการกลับไปเสพซ้ำ หลัง
การบำบัดที่ 2 สัปดาห์ - 3 เดือน วิเคราะห์
ด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher exact
test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

5. จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หนังสือ

รับรองเลขที่ 083/2566 รหัสโครงการวิจัย
CPH-EC-092/2566 วันที่ 21 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา (Results)

1. แบบแผนการบำบัดรักษา พบว่า
1) หน่วยบำบัดฯ มีพันธกิจ เป้าหมาย
วัตถุประสงค์ และนโยบาย 2) มีแผนเฉพาะ
แต่เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานอื่นด้วย การ
รับเข้าแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 3) การจัด
องค์กรและการบริหาร พบว่ามีผู้ปฏิบัติงาน
จำนวน 4 คน มีประสบการณ์ทำงานยาเสพติด
เฉลี่ย 1.2 ± 0.5 ปี 4) อัตราส่วนแพทย์
พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุขต่อ
ผู้ป่วย เท่ากับ 1:125, 1:62.5 และ 1:125 มี
การพัฒนาบุคลากร การเตรียมความพร้อม
การส่งเสริมความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน
5) อาคารแยกออกมาเฉพาะ มีชุดตรวจพิสูจน์
หาสารเสพติดและการใช้ยารักษาตามอาการ
6) การบำบัดรักษา 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอน
เตรียมการ ขั้นตอนพิษยา ขั้นฟื้นฟู
สมรรถภาพ และขั้นติดตามผล ใช้การ
บำบัดรักษาด้วย MP และ CBTx เป็นหลัก
และ 7) งบประมาณด้านยาเสพติด ร้อยละ
5.3 ของงบประมาณทั้งหมด

2. คุณลักษณะและการบำบัดรักษา
ของผู้ป่วยยาเสพติด เป็นชาย ร้อยละ 92.0
อายุเฉลี่ย 31.0 ± 9.4 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ
57.6 การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ
42.4 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 60.8 รายได้เฉลี่ย
 $12,028.0 \pm 7,380.3$ บาท อายุที่เริ่มใช้ครั้งแรก

แรก 21.1 ± 7.4 ปี ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด 10.8 ± 7.9 ปี ใช้ยาบ้า ร้อยละ 99.2 เคยเข้ารับการบำบัดรักษา ร้อยละ 22.4 เป็นผู้เสพ ร้อยละ 87.2 บำบัดรักษาด้วย MP และ CBTx ร้อยละ 48.0 และ 52.0 มีโรคทางกายและจิตเวช ร้อยละ 3.2 และ 10.4 ทดสอบความ

แตกต่างของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ การใช้ นุหรี สุรา น้ำกระท่อม การเคยเข้ารับการ บำบัดรักษา และผลการคัดกรองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะและการบำบัดรักษา

ข้อความ	ผู้ป่วยยาเสพติด	การบำบัดรักษา		p-value
	(N=125)	MP (N=60)	CBTx (N=65)	
คุณลักษณะ				
1. เพศ				0.006*
ชาย	115 (92.0)	51 (85.0)	64 (98.5)	
หญิง	10 (8.0)	9 (15.0)	1 (1.5)	
2. อายุ (ปี) Mean ± SD	31.0±9.4	33.6±9.3	28.6±9.0	
3. สถานภาพสมรส				0.010*
โสด	72 (57.6)	28 (22.4)	44 (35.2)	
สมรส	48 (38.4)	27 (21.6)	21 (16.8)	
หม้าย/หย่า/แยก	5 (4.0)	5 (4.0)	0 (0.0)	
4. การศึกษา				0.007*
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4 (3.2)	0 (0.0)	4 (6.2)	
ประถมศึกษา	35 (28.0)	21 (35.0)	14 (21.5)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	54 (43.2)	20 (33.3)	34 (52.3)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	25 (20.0)	12 (20.0)	13 (20.0)	
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	7 (5.6)	7 (11.7)	0 (0.0)	
5. อาชีพ				0.004*
เกษตรกร	38 (30.4)	24 (40.0)	14 (21.5)	
รับจ้าง	76 (60.8)	32 (53.3)	44 (67.7)	
นักเรียน/นักศึกษา	7 (5.6)	0 (0.0)	7 (10.8)	
ค้าขาย/อื่น ๆ	4 (3.2)	4 (6.7)	0 (0.0)	
6. รายได้ Mean ± SD	12,028.0±7,380.3	13,141.6±8,803.9	11,000.0±8,803.9	

ตารางที่ 1 คุณลักษณะและการบำบัดรักษา (ต่อ)

ข้อความ	ผู้ป่วยยาเสพติด	การบำบัดรักษา		p-value
	(N=125)	MP (N=60)	CBTx (N=65)	
7. อายุที่เริ่มใช้ครั้งแรก (ปี)				
Mean ± SD	21.1±7.4	21.4±7.8	20.8±7.0	
8. ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด (ปี)				
Mean ± SD	10.8±7.9	13.1±8.3	10.8±7.9	
9. สารเสพติดที่ใช้				
บุหรี่	45 (36.0)	0/60	45/65	0.000*
สุรา	10 (8.0)	0/60	10/65	0.002*
ยาบ้า	124 (99.2)	59/60	65/65	0.296
ไอซ์	3 (2.4)	1/60	2/65	0.607
กัญชา	3 (2.4)	0/60	3/65	0.092
น้ำกระท่อม	12 (9.6)	0/60	12/65	0.000*
10. เคยเข้ารับบำบัดรักษา	28 (22.4)	21/60	7/65	0.001
การบำบัดรักษา				
1. ผลคัดกรอง				0.000*
ผู้ใช้	16 (12.8)	0 (0.0)	16 (24.6)	
ผู้เสพ	109 (87.2)	60 (100.0)	49 (75.4)	
2. โรคร่วม				
โรคทางกาย	4 (3.2)	4 (6.67)	0 (0.0)	0.034
โรคทางจิตเวช	13 (10.4)	7 (11.67)	6 (9.23)	0.656

3. เปรียบเทียบประสิทธิผลการบำบัดรักษา พบว่า 1) ระยะบำบัดรักษา ทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกัน และ 2) ระยะติดตามสามารถติดตามผู้ป่วยได้ ร้อยละ 94.4 ผลการติดตามที่ 2 สัปดาห์ - ที่ 2 เดือน หรือใน 3 ครั้งแรก พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน ส่วนการติดตามที่ 3 เดือน กลุ่ม

MP และกลุ่ม CBTx ไม่กลับไปเสพซ้ำ ร้อยละ 88.3 และ 93.1 ไม่มีความแตกต่างกัน และการติดตามที่ 2 สัปดาห์ - 3 เดือน โดยรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ทั้งนี้ กลุ่ม CBTx ไม่กลับไปเสพยาเสพติดมากกว่ากลุ่ม MP ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบประสิทธิผลการบำบัดรักษา

ข้อความ	ผู้ป่วยยาเสพติด	การบำบัดรักษา		p-value
	(N=125)	MP (N=60)	CBTx (N=65)	
1. ระยะบำบัดรักษา				0.000*
หยุดเสพได้ตลอดระยะเวลาบำบัด	32 (25.6)	25 (41.7)	7 (10.8)	
เสพซ้ำระหว่างบำบัดแต่หยุดเสพได้	93 (74.4)	35 (58.3)	58 (89.2)	
2. ระยะติดตาม				0.009*
ติดตามได้	118 (94.4)	60 (100.0)	58 (89.2)	
ติดตามไม่ได้/ถูกจับ	7 (5.6)	0 (0.00)	7 (5.6)	
การติดตามที่ 2 สัปดาห์				0.004*
ไม่เสพซ้ำ	98 (83.1)	44 (73.3)	54 (93.1)	
เสพซ้ำ	20 (16.9)	16 (26.7)	4 (6.9)	
การติดตามที่ 1 เดือน				0.000*
ไม่เสพซ้ำ	94 (79.7)	40 (66.7)	54 (93.1)	
เสพซ้ำ	24 (20.3)	20 (33.3)	4 (6.9)	
การติดตามที่ 2 เดือน				0.022*
ไม่เสพซ้ำ	101 (85.6)	47 (78.3)	54 (93.1)	
เสพซ้ำ	17 (14.4)	13 (21.7)	4 (6.9)	
การติดตามที่ 3 เดือน				0.373
ไม่เสพซ้ำ	107 (90.7)	53 (88.3)	54 (93.1)	
เสพซ้ำ	11 (9.3)	7 (11.7)	4 (6.9)	
การติดตามที่ 2 สัปดาห์ - 3 เดือน				0.000*
ไม่เสพซ้ำ	82 (69.5)	28 (46.7)	54 (93.1)	
เสพซ้ำ	36 (30.5)	32 (53.3)	4 (6.9)	

ภายหลังการบำบัดที่ 2 สัปดาห์ - 3 เดือน ทั้งกลุ่ม MP และกลุ่ม CBTx พบว่า เพศ และการใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ และสุรา

เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่กลับไปเสพซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของคุณลักษณะและการบำบัดรักษากับการไม่กลับไป
เสพซ้ำ หลังการบำบัดที่ 2 สัปดาห์ - 3 เดือน

	การติดตาม				p-value
	MP (N=60)		CBTx (N=58)		
ข้อความ	ไม่เสพซ้ำ	เสพซ้ำ	ไม่เสพซ้ำ	เสพซ้ำ	
คุณลักษณะ					
1. เพศ					0.034*
ชาย	25 (89.3)	26 (81.3)	53 (98.1)	4 (100.0)	
หญิง	3 (10.7)	6 (18.8)	1 (1.9)	0 (0.0)	
2. สารเสพติดที่ใช้					
บุหรี่	0 (0.0)	0 (0.0)	37 (90.2)	4 (9.8)	0.000*
สุรา	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (100.0)	0 (0.0)	0.039*
ยาบ้า	27 (45.8)	32 (54.2)	54 (93.1)	4 (6.9)	0.506
ไอซ์	1 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0.245
กัญชา	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (66.7)	1 (33.3)	0.914
น้ำกระท่อม	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (91.7)	1 (8.3)	0.078
3. เคยเข้ารับบำบัดรักษา	9 (42.9)	12 (57.1)	6 (100.0)	0 (0.0)	0.073
การบำบัดรักษา					
1. ผลคัดกรอง					0.432
ผู้ใช้	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (20.4)	3 (75.0)	
ผู้เสพ	28 (100.0)	32 (100.0)	43 (79.6)	1 (25.0)	
2. โรคร่วม					
โรคทางกาย	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.808
โรคทางจิตเวช	5 (71.4)	2 (28.6)	5 (83.3)	1 (16.7)	0.537

วิจารณ์ (Discussions)

แบบแผนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดเป็นไปตามการดำเนินงานบำบัดรักษาของสถานพยาบาล สังกัดกระทรวง

สาธารณสุขและมาตรฐานสถานพยาบาลยาเสพติด^{4,10} การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบำบัดรักษา พบว่า 1) ระยะบำบัดรักษา ทั้ง 2

กลุ่ม มีความแตกต่างกัน กลุ่ม MP หยุดเสพ ได้ตลอดระยะเวลาบำบัด ร้อยละ 41.7 ขณะที่กลุ่ม CBTx หยุดเสพเพียง ร้อยละ 10.8 และ 2) ระยะติดตาม สามารถติดตาม ผู้ป่วยได้ ร้อยละ 94.4 ที่ติดตามไม่ได้เพราะ ย้ายที่อยู่ และถูกจับกุม ผลการติดตามที่ 2 สัปดาห์ - ที่ 2 เดือน หรือ 3 ครั้งแรก พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน และการติดตามที่ 2 สัปดาห์ - 3 เดือน โดยรวมแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งกลุ่ม CBTx ไม่กลับไปเสพซ้ำร้อยละ 93.1 มากกว่ากลุ่ม MP ร้อยละ 46.7 แสดงให้เห็นว่าภายหลังการ บำบัดรักษาครบ กลุ่ม CBTx มีประสิทธิผลสูง กว่า เพราะชุมชนมีส่วนร่วมทั้งการดูแลผู้ป่วย การให้บริการสุขภาพเบื้องต้น การช่วยเหลือ ภายหลังการบำบัดรักษา การป้องกันการกลับไป เสพซ้ำ ไม่เรื้อกร้อง ไม่ควบคุมการใช้ยา ให้ คำปรึกษาตามร้องขอ⁹ ทำให้สามารถลดการ ใช้สารเสพติดการเกิดอาชญากรรม ช่วยฟื้นฟู สุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมทางสังคมดีขึ้น¹¹ สอดคล้องกับหลักการบำบัดรักษาผู้ป่วย ยาเสพติดและแนวคิดชุมชนบำบัด ซึ่งไม่มี การรักษาแบบใดแบบหนึ่งที่เหมาะกับทุกคน จึงควรรักษาตามปัญหาและความต้องการ ของบุคคล^{7,12-14} เช่นเดียวกับการใช้ชุมชนเป็น ศูนย์กลางที่แทรกแซงชีวิตประจำวันน้อยกว่า การรักษาอื่น¹⁵ และผลการศึกษานี้สอดคล้อง กับการบำบัดรักษาด้วย Matrix Model ที่ พบว่าได้ผลดีในระหว่างการบำบัดรักษา แต่

ภายหลังการบำบัดรักษาไม่ได้มีประสิทธิผล สูงกว่าการใช้แนวทางปกติ¹⁶

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ไม่กลับไปเสพซ้ำหลังการบำบัดที่ 2 สัปดาห์ - 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทั้งกลุ่ม MP และ กลุ่ม CBTx คือ เพศ เพราะเพศชายเข้ารับการ บำบัดรักษาจำนวนมาก และการใช้สาร เสพติดประเภทบุหรี่ และสุราเป็นเสมือนการ หาทางออกเพื่อทดแทนการใช้ยาเสพติด อย่างไรก็ตาม บุหรี่ สุราจัดเป็นสารเสพติดที่ ให้โทษต่อร่างกาย จึงควรใช้ประเภทอาหาร หรือกิจกรรมอื่นที่ก่อให้เกิดความสุขและดี ความสนใจ เช่นเดียวกับยาเสพติดที่ทำให้ เกิดการกระตุ้นความพึงพอใจและการเพิ่ม ของโดปามีนในสมอง¹⁷

ข้อยุติ (Conclusions)

ระยะการบำบัดรักษา กลุ่ม MP สามารถ หยุดเสพได้ตลอดระยะเวลาบำบัดมากกว่า ส่วนระยะติดตาม กลุ่ม CBTx ไม่กลับไปเสพ ซ้ำมากกว่า

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณา ปรับปรุงการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดย การมีส่วนร่วมของชุมชนให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากขึ้น ทั้งเทคนิคการ บำบัดรักษา การดูแล การนิเทศ และการ สนับสนุนอย่างเหมาะสมเพียงพอ

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการ
บำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดถูกนำมาใช้ใน

หลายประเทศ การศึกษานี้ พบว่า
ประสิทธิผลการรักษาของการบำบัดในชุมชน
ยังต้องปรับปรุง

เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime. **World drug report 2022**. United Nations Publications; 2023.
2. Office of the Narcotics Control Board. **Annual Report 2022**. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2023. [in Thai].
3. Office of Secretary of National Addiction treatment & Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health. **National Narcotics Treatment and Rehabilitation Data System** [online] 2023 [cited 2023 November 15]. Available from: <https://antidrugnew.moph.go.th>. [in Thai].
4. Princess Mother National Institute on Durg Abuse Treatment. **Durg Abuse Treatment Hospital** [online] 2024 [cited 2024 October 26]. Available from: <http://ha.pmnidat.go.th/>. [in Thai].
5. Psychiatric and Substance Clinic, Thung Tago Hospital. **HosXp Program: Drug Patient's Record**. Chumphon: Thung Tago Hospital; 2023. [in Thai]
6. Wilaisakoolyong A, editor. **Standard Operation Procedures (SOPs) of Narcotics Work Manual, Financial year 2020**. Samut Sakhon: Born To Be Publishing Co.,Ltd.; 2020. [in Thai].
7. Ukranun W, Chaipichitpan N. editors. **Community based treatment and rehabilitation (CBTx) and Best Practices**. Nonthaburi: The Graphico Systems Co.,Ltd.; 2019. [in Thai].
8. **Nacrotic Act (No. 8), B. E. 2564 (2021)**. Ratchakitcha No.138, Episode 96 A. (May 26; 2021); 2021. [in Thai].
9. Rattanakornpreeda P. **Cost-of-illness Incurred by Drug Dependent Patients in Public Hospitals: A Study of Songkhla Province** [thesis]. Khon Kaen: Graduate School, Khon Kaen University; 2016. [in Thai].
10. Office of Secretary of National Addiction treatment & Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health . **Narcotics Treatment and Rehabilitation Work Manual, The Narcotics Code [Revised Edition]**.

- Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024. [in Thai].
11. Magor-Blatch L, Bhullar N, Thomson BE, Thorsteinsson E. A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities. **Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities** 2014; 35(4): 168-184.
12. National Institute on Drug Abuse. **Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal: A Research-Based Guide**. 2nd ed. Washington DC: NIH Publication; 2009.
13. National Institute on Drug Abuse. **Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide**. 3th ed. Washington DC: NIH Publication; 2014.
14. Leon GD. Therapeutic communities for addictions: a theoretical framework. **The International Journal of the Addictions** 1995; 30(12): 1603-1645.
15. Ritsri N, Wattanapraphajit S, Junharn S. The Community Based Treatment and Care Model for Drug Rehabilitation: A Case Study in a village, Mueang District, Mahasarakham Province. **Mahasarakham Hospital Journal** 2022; 19(2): 50-63. [in Thai].
16. Rawson RA, Marinelli-Casey P, Anglin MD, Dickow A, Frazier Y, Gallagher C, et al. A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. **Addiction** 2004; 99(6): 708-717.
17. National Institute on Drug Abuse. **The Neurobiology of Drug Addiction**. Washington DC: NIH Publication; 2007.